

**RHINO- SINUSITES AIGUES ET CHRONIQUES
DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT**

PLAN

I – INTRODUCTION

II - SINUSITES AIGUES DES ADULTES

1. TYPE DE DESCRIPTION : sinusite maxillaire aigue

2. FORMES CLINIQUES

- sinusite frontale aigue
- ethmoïdite aigue
- sinusite sphénoïdale aigue

III - SINUSITE CHRONIQUE DE L'ADULTE

1. TYPE DE DESCRIPTION

- Sinusite maxillaire chronique**
 - SM rhinogène
 - SM dentaire
 - SM mycosique

2. FORMES CLINIQUES

- Bilatérales
 - Polypeuse : PNS
 - Non polypeuse

IV – SINUSITES DE L'ENFANT

1. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DES SINUSITES DE L'ENFANT

2. FACTEURS FAVORISANTS

- Facteur altérant la muqueuse sinus
- Facteur altérant drainage et aération
- Facteur altérant les moyens de défense

3. SINUSITES AIGUES

- Ethmoidite aigue
- Sinusite maxillaire aigue
- Sinusite frontale aigue
- Sinusite sphénoïdale

4. SINUSITE CHRONIQUE

- Rhino sinusite du jeune enfant
- Sinusite chronique du grand enfant
- Polype de Killian
- Complications (orbitaires, endocrâniennes, ostéomyélite crânienne)
- Formes cliniques :
 - sinusite mycosique
 - sinusite + muco viscidose
 - mucocite
 - manifestations sinusiennes SIDA
- Polypeuse PNS
 - mucoviscidose
 - maladie WOAKES
 - syndrome dyskinésie ciliaire primitive
 - rhinite hyperéosinophile non allergique

V– COMPLICATIONS DES INFECTIONS SINUSIENNES

I - Introduction :

- Les sinus de la face sont des cavités pneumatiques creusées dans les os de la face située au pourtour de la cavité orbitaire.
- Chaque sinus est tapissé d'une muqueuse de type respiratoire et communique avec les fosses nasales par un ostium propre.
- A la naissance, seul l'ethmoïde est présent sous forme de cellules de 2à3mm de diamètre au scanner. Le sinus maxillaire (opacité 3à4mm) atteint ou se rapproche de celui de l'adulte vers l'âge de 10ans. Le sinus frontal : 7à8 ans et le sinus sphénoïdal : 6à7 ans.
- Au centre de sa physiopathologie des sinusites on trouve **L'œdème** qui d'abord comme conséquence : de l'inflammation- infection- allergie-pollution- tabac..., entraîne une obstruction des ostiums sinusiens qui engendre à son tour par un mécanisme d'hypoxie et fait un cercle fermé responsable de la pérennisation de la réaction inflammatoire.
- Le traitement médical est essentiel dans toute pathologie sinusienne. La chirurgie n'est proposée qu'après mûre réflexion et doit tenir compte des doléances du patient, de l'examen clinique et du scanner.

II - LES SINUSITES AIGUES DE L'ADULTE :

Type de description :

A- Sinusite maxillaire aigue : C'est la plus fréquente

Elle est souvent secondaire à un coryza ou un bain surtout en piscine

Bactériologie : Hémophilus Influenza – Pneumocoque – Staphylocoque Doré.

Signes cliniques : - Douleur faciale unilatérale, sous orbitaire pulsatile ; augmentée par la position penchée en avant et les efforts de toux ; accompagnée d'une céphalée diffuse.

- Obstruction nasale

- Rhinorrhée purulente parfois striée de sang du côté de la douleur.

L'examen clinique : - Une douleur est retrouvée à la pression de la région sous-orbitaire.

- La rhinoscopie montre : une muqueuse pituitaire inflammatoire avec des cornets tuméfiés et du pus siégeant électivement dans le méat moyen.

Radiographie standard : Blondeau montre opacité totale du sinus maxillaire parfois un niveau liquide.

L'évolution sous traitement est habituellement favorable avec le retour à la normale sur le plan anatomique et fonctionnel en 3à6 semaines.

Traitement : Il est avant tout médical

1- Antibiothérapie : elle est de type probabiliste et agit sur au moins 3 germes : HI/Pneumo/M cat, elle est de 8à10 jours : * Association Amoxicilline + ac. Clavulanique : 1.5-2g en 3 prises pendant 10jours.

* Céphalosporine : 1er génération : Céfadoxime, Cefixime

* Allergie : Macrolides nouveaux : Clarithromycine,

Pristinamycine

2- Corticothérapie : 1mg/Kg/j en cure courte 5à6 jours

En respectant les contre indications habituelles.

3- Trt local : * Lavage des fosses nasales au sérum.

* Vasoconstricteurs locaux : 5-6jours

* Aérosols : 2 fois /j pd 1 semaine notamment chez la femme en enceinte

4- Ponction de sinus : - Sinusite hyperalgique

- Sinusite bloquée

- Sinusite nosocomiale : cadre HIV : mycose, pyocyanique

- Sinusite résistante au Trt médical et traînante.

B- Formes cliniques :

1- Sinusite frontale aigue :

La douleur est intense toujours unilatérale dans la région sus-orbitaire déclenchée par la pression de la paroi antérieure du sinus frontal.

Il s'y associe : une obstruction nasale ; une rhinorrhée antérieure purulente ; larmoiement et photophobie.

La rhinoscopie montre du pus dans le méat moyen.

La radio montre une opacité frontale et souvent ethmoïdale associée.

La sinusite frontale se caractérise par la possibilité d'extériorisation à la peau et surtout des complications encéphalo-méningées.

2- Sinusite ethmoïdale aigue :

Elle est (rare) peu fréquente et rarement isolée.

3- Sinusite sphénoïdale aigue :

Elle est souvent associée à une atteinte inflammatoire des autres sinus et passe longtemps inaperçue.

Le dg est facilité par le scanner.

III - LES SINUSITES CHRONIQUES DE L'ADULTE

Les sinusites chroniques correspondent à l'inflammation ou l'infection d'une ou plusieurs des cavités sinusiennes de la face. Elles sont caractérisées par la persistance de signes fonctionnels rhinologiques, des signes endoscopiques et TDM après un trt médical adapté et bien conduit.

Classification :

Sinusites unilatérales : 1- * Rhinogènes : - S.M.chronique

- S.F.chronique

- Ethmoïdite chronique : EAC, EPC, empyème, céphalée du méat moyen.

- Sphénoïdite chronique : SS suppurée, empyème clos, SS latente.

2- * Dentaires

3- * Mycosique : - mycétome ou non invasive

- Invasive pseudo tumorale fulminante

- Invasive vraie

- Fongique allergique

Sinusites bilatérales :- PNS

- Non polypeuse

A- Sinusites chroniques bactériennes d'origine nasale:

Elles sont habituellement bilatérales et **indolores** en dehors des poussées de surinfection. L'atteinte touche surtout les sinus maxillaires. Parfois elle est diffuse réalisant une pansinusite chronique.

Bactério : Hémophilus – Strepto- Staph – Anaérobies.

Clinique : - Rhinorrhée post purulente, le mouchage survient volontiers le matin au lever.
- O.N bilatérale.
- Rhinorrhée mucopurulente ou purulente antérieure retrouvée au mouchage.

Il faut aussi penser à une sinusite chronique en présence de signes indirects :

- Gène pharyngée permanente.
- Enroulement matinal
- Otite sero-muqueuse
- Dyspepsie

La rhinoscopie montre : une muqueuse inflammatoire avec une suppuration du méat moyen de même que du muco pus sur la parois post du pharynx.

Bilan radiologique :

- Blondeau : Interprétation difficile.
- TDM : +++ Opacité totale ou localisée, images de niveaux liquides, tonalité inhomogène avec image arrondies.

TRT :

Médical : 1- Antibiothérapie adaptée : Amoxicilline + ac. Clavulinique, Fluoroquinolones.
Prélèvement bactériologique souhaitable

En cas d'échec : Association : - Augmentin* + Fluoroquinolones

10j - Fluoroquinolones + céphalosporine 3eme génération

2- Corticothérapie : 1mg/Kg en cure courte

3- Trt complémentaires : Vasoconstricteurs- aérosols

Chirurgical : - Ponction de sinus + mise en place d'un drain

- Méatotomie moyenne associée au trt des lésions associées : Septoplastie et la Concha –Bullosa.

B- Sinusites chroniques d'origine dentaire :

Les sinus en cause est le sinus maxillaire en raison des rapports intime entre : 2 prémolaires- 1ere ; 2eme molaire avec le fond su sinus maxillaire.

Les signes fonctionnels se résument à un mouchage purulent unilatéral et fétide. L'anamnèse retrouve la notion de douleurs dentaires au froid ou chaud.

Intéret : - Examen stomatologique.

- Bilan radiologique : * Panoramique dentaire
* Clichés rétro-alvéolaire

TRT : double : - Trt de la dent en cause.

- Trt du sinus : curetage du sinus : * Voie Caldwell Luc

C- Les mycoses sinusiennes :

L'aspergillose sinusienne est la forme la plus fréquente. Elle touche surtout les sinus maxillaire. Elle pose le Dg d'une sinusite maxillaire unilatérale compliquant fréquemment une sinusite d'origine dentaire. Un mouchage de croûtes noirâtres est rare mais évocateur.

Radio : Le sinus maxillaire est opaque

Dg : Examen anapath du prélèvement sinusien qui montre **des filaments mycéliens**

Trt : Drainage large du sinus par méatotomie

Chez les sujets débilites et les patients immunodéprimés, **l'aspergillose** peut revêtir une forme grave aigue douloureuse avec lyse osseuse, extension orbitaire et endocrânienne.

Trt : Drainage chirurgical. Le pronostic reste très grave.

IV-LES SINUSITES DE L'ENFANT :

Elles posent 2 ordres de problèmes :

- Diagnostique : surtout chez l'enfant avant 6ans ou la sinusite est le plus souvent indissociable de la rhinopharyngite ce qui est à l'origine de retard diagnostique.
- Thérapeutique : par leur caractère tenace et les risques de complications graves. La chirurgie a une place limitée.

A- Type de description : L'ethmoïdite aigue :

C'est l'atteinte inflammatoire du labyrinthe ethmoïdal.

1- E. aigue non extériorisée :

Le début est marqué par une rhinopharyngite mucopurulente banale que caractérise l'importance des signes généraux :

- Fièvre élevée 39°C, abattement.
- Céphalées fronto-orbitaires vives

L'examen montre :

- Une douleur à la pression de l'angle interne de l'oeil
- Œdème des 2 paupières qui prédomine à l'angle interne.
- Secrétions purulentes surtout du côté atteint.

Radio : - **Asymétrie des cellules ethmoïdales**
- **Opacité du coté atteint**

La prescription fréquente et précoce d'antibiotiques souvent motivée par l'importance de la fièvre ou l'existence d'une otite associée **évite l'évolution vers l'extériorisation et les complications oculaires.**

2- E. aigue extériorisée :

S. généraux importants : - Fièvre 39-40°C – frissons – céphalées fronto-orbitaire extrêmement vives.

S. physique prédominant à l'angle interne de l'œil : œdème ou collection de la paupière supérieure et inférieure. Une douleur intolérable à la pression de l'ongle ou du globe oculaire.

* Stade de cellulite : il y a un chémosis, une rougeur conjonctivale mais sans exophtalmie. L'acuité visuelle et le fond d'œil sont normaux.

* Forme collectée : il existe toujours une exophtalmie. Elle est directe, irréductible ; empêchant la fermeture de la paupière avec un chémosis énorme faisant hernie par la fente palpébrale. La mobilité oculaire est réduite.

3 signes doivent être recherchés systématiquement. La présence de l'un d'entre eux impose le drainage chirurgical d'urgence : - Immobilité du globe
- Mydriase paralytique
- Anesthésie cornéenne

L'absence ou le retard de trt engendre des complications graves sur le plan vital et fonctionnel.

Oculaires : - Kératite
- Atteinte du nerf optique
- Nerf oculo-moteurs
- Rétine

Neurologiques : - Thrombophlébite du sinus caverneux
- Méningite
- Encéphalite ou abcès cérébral

Générales : - Septicémie
- Localisations secondaires

Bactériologie : - Haemophilus Influenza , - Pneumocoque, Staphylocoque doré, Streptocoque groupe A

Dg : - Clinique / Dg + : - surtout radiologique (scanner) Dg différentiel : Dacryocystite, Furoncle des paupières, Erysipèle, Tumeurs primitives de l'orbite.

Traitement :

E.A. non extériorisée : ATB per os : Augmentin* 50 mg/Kg/j en 4 fois /

Trt total : désinfection nasale - Contrôle : 24 heures : - Evolution est favorable : Trt poursuivi 15 jours Tableau est stationnaire ou s'aggrave : ATB voie générale schéma E.A.E

E.A. extériorisée : - Hospitalisation. ATB voie parentérale : - Céphalosporine 3e génération :

Céfotaxime : Claforan* : 100 mg/Kg 4 fois + Anti staphylococciques : Fosfomycine : 100 mg/Kg en 2-3 fois + Imidazolé : Flagyl : 30 mg/Kg en 2 fois +

- Quinolone 5 jours : Netilmicine* 6-7.5 mg/Kg/j en 2 fois

- Désinfection rhinopharyngée
- Corticothérapie
- Collyre antiseptique au niveau de l'œil systématique

Chirurgical : Drainage de l'orbite en cas de constatation d'un seul signe sur les 3 signes de collection

V-COMPLICATIONS DES SINUSITES :

A- La complication la plus fréquente des sinusites aiguës étant le passage à la chronicité.

B- Les mucoécèles ethmoïdo-frontales : Ce sont des formations kystiques secondaires à l'obstruction chronique post traumatique ou idiopathique du canal naso-frontal. Sa surinfection entraîne une pyomucoécèle.

C- Les complications ophtalmologiques : - Cellulites orbitaires
- Les uvéites
- La névrite optique rétro bulbaire

D- Les complications méningo-encéphaliques :
- Méningites purulentes
- Abscesses sous duraux et intra cérébraux et extraduraux.
- Thrombophlébites du sinus caverneux

E- L'ostéomyélite

D- Septicémie et localisations secondaires.